

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N° 194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 avril 1889, à 4 heures

Par E. MARTIN

Né à Épernay (Marne), le 29 octobre 1862

DU TRAITEMENT

DE

L'OZÈNE VRAI

Président : M. PROUST, professeur

*Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
 { JOFFROY, BALLET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N^o 194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 avril 1889, à 4 heure

Par E. MARTIN

Né à Épernay (Marne), le 29 octobre 1862

DU TRAITEMENT

DE

L'OZÈNE VRAI

Président : M. PROUST, professeur

*Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
 { JOFFROY, BALLET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	CARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
	DIEULAFOY
	GUYON.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
	CORNIL.
Anatomie pathologique	MATHIAS DUVAL
Histologie	DUPLAY.
Opérations et appareils.	REGNAULD.
Pharmacologie.	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.	PROUST.
Hygiène.	BROUARDEL.
Médecine légale	
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISSAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS PARENTS

A MES GRAND'MÈRES

A MA FAMILLE

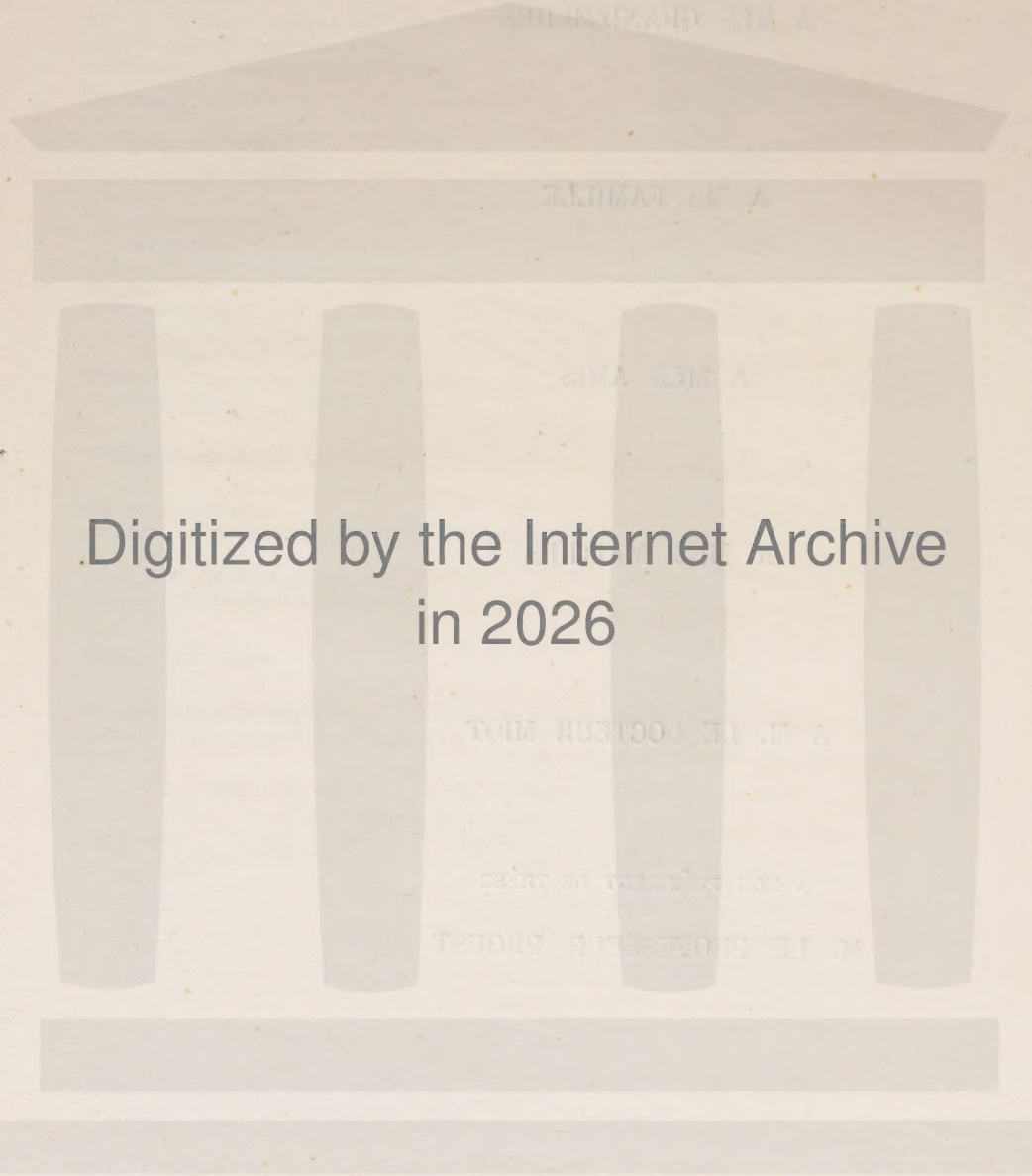
A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A M. LE DOCTEUR MIOT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PROUST



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554031_0005

DU TRAITEMENT DE L'OZÈNE VRAI

PRÉFACE

Le pronostic de l'ozène, suivant la plupart des auteurs est des plus sombre. A la vérité, la vie du malade n'est pas immédiatement menacée, mais au point de vue social quel perpétuel supplice n'a-t-il pas à endurer ? Objet de répulsion pour ses camarades, l'enfant atteint de punaisie n'ose affronter leur société, se mêler à leurs jeux ; il est bientôt contraint de s'éloigner, de s'isoler, pour échapper aux mots désobligeants qu'il n'a pas mérités.

Lorsqu'il est devenu adulte, que les devoirs de société se sont imposés à lui plus nombreux à chaque pas qu'il fait dans la vie, quel désagrément n'est-ce pas pour lui d'infecter son entourage et d'exhaler une fétidité repoussante ? S'agit-il d'une jeune fille, et c'est là le cas le plus fréquent, on comprendra aisément qu'elle source d'ennuis lui procure la grave infirmité dont elle est atteinte. Au moment où la coquetterie prend ses droits, elle est forcée de s'éloigner de ses compagnes ; au moment où un mariage rêvé doit s'accomplir, combien de fois n'a-t-elle pas hésité en passant à l'intimité du foyer ?

Je veux cependant essayer d'atténuer un peu cette manière de voir si décourageante pour le malade en faisant observer que grâce à un traitement bien dirigé, on arrive à faire disparaître une infirmité aussi pénible. Quoique en désaccord complet avec un grand nombre d'auteurs des plus compétents, je reste convaincu, avec des faits soigneusement observés à l'appui de ma thèse, que l'ozène est très souvent guérissable si le médecin et le malade sont tous deux assez persévérants, l'un pour prescrire, l'autre pour suivre fidèlement le traitement.

Mais de quel ozène veux-je parler ? Il résulte, en effet, des recherches de Tillot, Calmettes, en France ; Hartmann, Gottstein, Zaufal, en Allemagne ; Cozzolino à Naples, qu'il existe deux formes d'ozène bien distinctes.

L'ozène peut être symptomatique d'altérations du squelette du nez de nature traumatique, professionnelle, scrofuleuse, syphilitique ; c'est là le pseudo-ozène. L'ozène vrai, essentiel, constitue une entité morbide spéciale, sans perte de substance à la muqueuse, sans lésions osseuses.

Je ne veux pas ici faire l'histoire assurément intéressante de l'ozène symptomatique. Sa nature, en effet, se rattache aux maladies dont il n'est qu'un symptôme, et son traitement est entièrement subordonné à la cause qui lui a donné naissance. S'agit-il d'un corps étranger, d'un calcul, l'extraction s'impose ; s'agit-il d'ulcérations chez des ouvriers qui travaillent à la fabrication des chromates, chez ceux qui sont exposés aux poussières arsénicales, ou qui emploient le mercure dans leurs travaux, on devra éloigner le malade des ateliers jusqu'à la guérison

et ne lui permettre d'y rentrer qu'en se soumettant aux règles strictes de l'hygiène. Les ulcérations sont-elles scrofuleuses, syphilitiques, elles relèvent du traitement soit médical, soit chirurgical employé en pareil cas.

L'histoire de l'ozène essentiel et de son traitement est au contraire un sujet encore à l'étude. C'est à cette étude que je voudrais essayer de contribuer par ce modeste travail.

DIVISION DU SUJET

I. — Je rappellerai dans un premier chapitre l'histoire de l'ozène, ses causes, les théories qui s'y rattachent, l'anatomie pathologique et la pathogénie.

II. — Je passerai ensuite rapidement en revue les différents traitements employés jusqu'à ce jour : douche nasale de Weber, injections antiseptiques et désinfectantes, insufflations de poudres.

III. — Je m'étendrai, au contraire, dans un troisième chapitre, sur le traitement de l'ozène par la galvano-caustique chimique. Je m'attacherai à en démontrer toute l'importance et les heureux résultats qu'on est en droit d'en attendre en m'appuyant d'observations que je rapporterai.

IV. — J'appellerai l'attention dans mon quatrième chapitre sur les succès obtenus à l'aide du traitement par les cotons iodés, et je présenterai des observations de malades guéris par ce procédé.

V. — J'ajouterai dans mon dernier chapitre quelques mots sur le traitement général.

VI. — J'exposerai enfin mes conclusions.

Il me reste avant d'entrer dans mon sujet à exprimer ma vive reconnaissance pour l'éminent spécialiste, M. le docteur Miot, qui n'a cessé de me prodiguer ses conseils éclairés, et qui a bien voulu me guider dans le travail que je vais entreprendre.

Qu'il me soit permis aussi de remercier M. le Professeur Proust du grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

L'ozène vrai ou rhinite atrophique est une inflammation chronique de la muqueuse de Schneider, caractérisée par un agrandissement considérable des fosses nasales et l'accumulation dans ces cavités de mucosités desséchées qui répandent une odeur extrêmement fétide qui lui a valu le nom sous lequel on désigne habituellement cette maladie.

C'est aux médecins allemands, à Michel de Cologne, Zaufal de Prague, Gottstein de Breslau, Hartmann de Berlin, qui se sont occupés d'une manière spéciale de l'étude de ce point de pathologie que nous devons les notions que nous possédons sur l'état de la muqueuse. Grâce aux procédés perfectionnés de rhinoscopie, et aussi aux autopsies qu'ils ont pu faire de malades ayant succombé à une maladie intercurrente, tous s'accordent à dire que l'ozène est une affection réellement spéciale, sans lésions ulcéreuses. C'est aussi l'avis de Tillot et plus récemment de Calmettes et Martin. Dans les nécropsies que l'on a pratiquées de rhinite atrophique, on ne découvre sur la muqueuse aucune trace d'ulcérations.

Le cornet inférieur est extrêmement petit ; il est réduit à un bourrelet antéro-postérieur et semble même quelquefois ne pas exister, ce qui donne aux fosses nasales une largeur insolite quelquefois énorme en apparence. Généralement les méats inférieurs et moyens se confondent en

une seule cavité par suite de l'atrophie ou même de la disparition du cornet inférieur.

Toute la muqueuse du nez présente un aspect inégal, légèrement mamelonné, comme ridé. Elle est ou d'un rouge assez vif, surtout au niveau du cornet moyen, ou plus rarement d'un blanc pâle, grisâtre et terne et ne présentant pas sur les replis des cornets cette saillie demi-érectile qui la caractérise. Sur la cloison, tout en étant inégale et parcheminée, la muqueuse est plus rosée. Ajoutons qu'elle est souvent tapissée de mucosités d'un vert jaunâtre sale, épaisses qui forment particulièrement sur le cornet moyen de véritables bouchons, très adhérents à la paroi sur laquelle ils se sont moulés au début.

Cette rhinite atrophique, d'après Gottstein, qui a pu en faire un examen microscopique est caractérisée par une sclérose de la muqueuse portant principalement autour des glandes qui sont infiltrées et atrophiées. Un tissu conjonctif de nouvelle formation s'interpose entre les glandes de la muqueuse, si bien décrites par M. le Professeur Sappey, glandes qui sont disséminées sur toute la surface et surtout au niveau de la partie inférieure. Quelques-unes sont comprimées : leur nutrition languit et elles subissent des métamorphoses régressives ; quelques-unes des cellules qui les composent disparaissent et ne sont plus représentées que pour des amas de granulations.

Mais, nous ne trouvons pas dans les lésions que je viens de décrire la cause de cette odeur repoussante, âcre absolument *sui generis* que l'on reconnaît aisément lorsqu'on a eu occasion de la sentir une seule fois.

« L'ozène, dit Trousseau, ne peut s'expliquer que par

« une prédisposition spéciale, donnant aux sécrétions de
« chaque individu une odeur particulière plus ou moins
« forte. De même que la transpiration cutanée et parti-
« culièrement celle de l'aisselle et des orteils, prend chez
« beaucoup de sujets, sans qu'on en trouve la cause
« ailleurs que dans la constitution, une fétidité très pro-
« noncée, de même, chez quelques-uns, les liquides nor-
« maux ou anormaux des fosses nasales ont par eux-
« mêmes et par suite de leur contact avec l'air une odeur
« désagréable qu'on ne saurait rapporter avec certitude
« aux causes ordinaires des maladies. »

Pour Zaufal, la cause de la fétidité réside dans une disproportion considérable entre la capacité des fosses nasales et la force du courant d'air expiré. Cette trop grande largeur des fosses nasales résulte d'une petitesse exagérée et congénitale du cornet inférieur et même un peu du cornet moyen. Au moment de la puberté, cette disproportion s'accroissant davantage, fait apparaître le symptôme ozène. Le courant d'air expiré, à l'état normal, balaye les fosses nasales, et ce balayage est favorisé par le développement du cornet inférieur ; mais, si ce cornet n'existe plus ou est réduit à une espèce de tubercule plus ou moins saillant, il ne peut être d'aucune utilité dans ce balayage, et les sécrétions visqueuses et adhérentes ne tardent pas à se dessécher et à former des plaques concrètes à la surface de la muqueuse. Alors arrive la décomposition de ces matières par suite de leur arrêt dans un milieu chaud et humide. L'inflammation atrophique ne serait qu'une conséquence de cette rétention des mucosités.

Tandis que Zaufal cherche à démontrer que cette anomalie est congénitale, Zuckerkandl donne son appui à cette manière de voir en faisant remarquer que chez les individus à cornets inférieurs rudimentaires, l'ethmoïde est fort peu développé.

Hartmann adopte l'interprétation de Zaufal.

Michel l'adopte également, mais pense qu'elle ne suffit pas pour expliquer l'hypersécrétion de la muqueuse ; aussi fait-il intervenir les sécrétions des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux.

La muqueuse, d'après Gottstein, est le point de départ de la maladie. Elle est rouge, atrophique, sécrète des mucosités abondantes et visqueuses. Un catarrhe existe, l'état de la muqueuse permet de dire qu'il est atrophique, et, comme le catarrhe atrophique ne survient pas d'emblée, Gottstein suppose qu'il a été précédé d'une période de catarrhe simple. L'atrophie de la muqueuse et du tissu érectile a entraîné celle du cornet sous-jacent, et l'ozène est constitué, avec des dimensions exagérées des fosses nasales et l'accumulation de mucosités visqueuses qui s'y dessèchent et s'y décomposent.

Pour Martin, l'ozène est dû à la trop grande largeur des fosses nasales. Cette largeur n'est pas congénitale, mais provient d'un arrêt de développement du cornet moyen.

Quoi qu'il en soit de toutes ces théories, que la rhinite soit primitive ou secondaire, que la lésion soit congénitale ou acquise, les fosses nasales se trouvent élargies, les sécrétions s'y accumulent et ne tardent pas à s'y décomposer.

Mais, sous quelle influence survient cette décomposition ?

Est-elle due, comme le veut Ziem, à un ferment spécial ; à un microbe, suivant l'opinion de Bresgen ; à des acides gras qui la favoriseraient, d'après Krause ? L'opinion la plus vraisemblable est celle de Lœvenberg. Pour cet auteur, l'ozène est dû à un coccus particulier, qui est un gros diplococcus, sensible aux couleurs d'aniline, et dont il fait des cultures. On le trouve surtout sur les filaments muqueux qui sont tendus entre le septum et les cornets. Il se rencontre aussi dans le pharynx nasal dont la surface est toujours dans ce cas inégale et sèche. Les diplococci se présentent le plus souvent groupés en chaîne, plus rarement en amas. Leur forme est tantôt sphéroïde, tantôt elliptique. Quelques-uns ont une zone transversale plus claire, d'une couleur blanchâtre ; cette disposition est causée par l'absence d'étranglement qui indique lorsqu'il existe un commencement de division. Ces cocci ont des dimensions considérables ; ils atteignent de $1,1 \mu$ à $1,65 \mu$ de longueur. Des cultures ont été obtenues dans l'agar-agar ; les cocci y forment des chaînes plus ou moins courbées ; çà et là on remarque des individus plus ou moins volumineux dans lesquels se développent les spores. Ce coccus cultivé dans la gélatine lui donne une odeur analogue à celle de l'ozène ; inoculé aux souris et aux rats, il leur communique une septicémie fétide qui les tue rapidement.

C'est sous l'influence de ce coccus que surviendrait l'inflammation de la muqueuse, suivie de la décomposition des matières sécrétées, décomposition qui est elle-même la cause de ce triste symptôme : l'ozène.

CHAPITRE II

Dans l'histoire du traitement de l'ozène une première question se pose : l'ozène peut-il guérir ? Question à laquelle je n'hésite pas à répondre affirmativement, me basant sur les cas de guérison que j'ai pu constater sur un grand nombre de malades soumis à mon observation.

Depuis longtemps le traitement de l'ozène se bornait à satisfaire à ces deux indications :

1° Débarrasser les fosses nasales des mucosités desséchées qui s'y sont déposées ;

2° Remédier à la fétidité de l'air expiré.

I. — On arrive à remplir la première indication en enlevant les croûtes avec une pince coudée assez fine et à longs mors ; mais ce moyen ne peut être utilisé que par le médecin lorsque le malade vient le consulter et ne peut pas constituer un traitement journalier.

On a donc songé à faire des lavages fréquents de la muqueuse et on a employé alternativement la douche nasale, le bain et l'injection avec une seringue ou une poire en caoutchouc.

La douche nasale de Weber repose sur ce principe que sous l'influence de l'eau introduite dans une narine, on voit se produire, par un phénomène réflexe, une oblitération de la communication du pharynx avec les fosses nasales. Sans entrer dans des considérations physiologiques, ni discuter les théories auxquelles ce phénomène

pourrait donner lieu, il est certain que le pharynx se trouve séparé en deux parties qui ne communiquent pas entre elles : l'une sus-jacente au voile du palais correspond aux fosses nasales, l'autre sous-jacente au voile du palais correspond à la cavité buccale. Par conséquent l'eau introduite par une fosse nasale sort par la fosse nasale opposée sans que le liquide puisse s'écouler dans la bouche.

L'eau ne peut être employée pure pour faire ces sortes de lavages. L'eau pure, en effet, attaque l'épithélium de la pituitaire, le gonfle, et donne lieu à un véritable coryza artificiel avec enchifrènement, douleurs ; au contraire, si l'eau est salée, (une cuillerée à café de sel dans un litre d'eau), l'osmose ne se produit plus, et les inconvénients disparaissent. Le liquide devra toujours être tiède et osciller entre 25° et 30° ; car si le liquide est froid, non seulement il impressionnera désagréablement la muqueuse, mais il déterminera une irritation plus ou moins grande de cette membrane et parfois une abolition momentanée de l'odorat.

Que la douche nasale soit pratiquée avec un tube en caoutchouc formant siphon, et communiquant avec un vase placé plus ou moins haut, suivant la force que l'on veut donner au jet, ou bien que l'on se serve d'un irrigateur ou d'un injecteur anglais, il est de la plus haute importance de bien diriger la canule afin d'éviter l'introduction du liquide dans les sinus frontaux, ce qui occasionnerait au malade de violents maux de tête et le forcerait à abandonner ce moyen de traitement. Cet inconvénient que beaucoup de praticiens reprochent à la

douche de Weber est sûrement évité en employant la précaution que je vais indiquer. Il suffit d'avoir présents à la mémoire la disposition des fosses nasales et le trajet que doit suivre le liquide pour faire le tour de la cloison.

Si l'on se souvient que les fosses nasales se dirigent directement en arrière vers le pharynx et non en haut, suivant l'opinion admise dans le public, il est facile de comprendre que la canule introduite dans la narine doit être horizontale, dans une position perpendiculaire à la direction générale de la face. Lorsqu'on veut traiter un malade par ce procédé, il faut avoir soin de lui expliquer et même de lui montrer le moyen de l'employer. Pendant ce lavage la tête doit être légèrement inclinée en avant, la bouche largement ouverte ; on peut aussi faire prononcer la voyelle A de manière à favoriser le redressement du voile du palais et à éviter ainsi le passage du liquide dans l'arrière gorge.

Avec la douche de Weber, il arrive quelquefois aussi que le liquide pénètre par les trompes d'Eustache jusque dans l'oreille moyenne, et y détermine des inflammations plus ou moins aiguës qui peuvent aller jusqu'à la purulence et produire des effets désastreux. C'est pour éviter cet accident que certains médecins, parmi lesquels Lœwenberg, conseillent le bain nasal. Le procédé consiste à faire pencher fortement en arrière la tête du malade, de manière que l'orifice antérieur de ses fosses nasales forme le point le plus élevé de sa cavité naso-pharyngienne. On le prie de respirer par la bouche et de prononcer la voyelle A. On introduit alors l'eau salée et tiède dans l'une

des fosses nasales jusqu'à ce qu'elle ressorte par celle du côté opposé ; la cavité est ainsi entièrement remplie de liquide, elle est dans un véritable bain. Le malade n'a ensuite qu'à pencher la tête en avant pour se débarrasser de l'eau contenue dans ses fosses nasales.

II. — Pour remédier à la fétidité de l'haleine, un grand nombre d'auteurs, même avant la découverte du diplococcus de Lœvenberg, étaient déjà unanimes pour recommander l'emploi des antiseptiques dont les uns se servaient sous forme de lavages, les autres sous forme de vapeurs chaudes pulvérisées, d'autres enfin sous forme de poudres impalpables insufflées, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant.

En lavages tous les antiseptiques ont été employés. Le sel marin et le chlorate de potasse que l'on prescrit journellement sont des antiseptiques, faibles il est vrai, mais qui peuvent rendre de notables services. De même une solution d'acide borique à 3 0/0 ou de borate de soude peut être considérée comme un adjuvant très utile dans le traitement de la punaisie.

Le bichlorure de mercure est un antiseptique puissant, mais il a l'inconvénient d'être toxique à petites doses. Si l'on considère que le traitement de l'ozène doit souvent être continué pendant de longs mois, qu'il s'adresse souvent à des jeunes filles, plus sensibles que l'homme à l'action du mercure, qu'il y a toujours de grands inconvénients à laisser à la disposition du malade des médicaments toxiques, on pensera sans doute que tout autre moyen doit être préféré et qu'il vaut mieux employer des agents moins dangereux.

Quelques auteurs recommandent une solution de chloral au centième dont les propriétés antiseptiques ont été bien établies par les travaux de Pavesi et Mortera en Italie ; de Follet, Personne, Dujardin-Beaumetz en France.

L'acide phénique était tout indiqué dans le traitement de l'ozène. Il semble en effet exercer une action spéciale sur les organismes inférieurs, mais lorsque la dose n'est pas très forte, il suspend l'action du ferment sans la détruire, et ce ferment, suivant Béchamp « se fait peu à peu à sa nouvelle situation, la fermentation s'accomplit lentement et la multiplication continue à se faire si les matériaux de nutrition sont suffisants. »

D'un autre côté, si on l'emploie à forte dose, il devient caustique. Du reste l'expérience démontre qu'il ne peut pas constituer un traitement à lui seul et qu'on ne peut utiliser son action, précieuse, il est vrai, que comme une force adjuvante.

Je citerai encore l'acide salicylique dont la valeur antiseptique est certaine ; à la vérité, il n'a pas l'efficacité d'autres substances comme le sublimé ou le calomel, mais il n'en a pas non plus la toxicité.

Depuis peu, on s'est adressé à la résorcine en solution à 1 0/0, à l'acide benzoïque et au benzoate de soude, dont l'action destructive sur les bactéries a été démontrée par Bucholtz et Salkowski (1875).

Je pourrais citer enfin le permanganate de potasse ; mais c'est un produit irritant dont l'application est parfois si douloureuse, qu'on est obligé d'y renoncer, sans compter le grave inconvénient de tacher le linge d'une manière définitive.

Ces mêmes médicaments peuvent être employés sous forme de vapeurs que l'on pulvérise dans les fosses nasales. On se sert dans ce cas d'un pulvérisateur quelconque, d'un ballon par exemple, que l'on peut placer au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, dont le bouchon est percé de deux ouvertures qui peuvent laisser passer deux tubes de verre. A chacun de ces tubes de verre est fixé un tube en caoutchouc dont l'un est terminé par une poire et l'autre par un embout destiné à être introduit dans la cavité nasale. Ce procédé a l'avantage de porter le médicament dans toutes les parties anfractueuses des fosses nasales et d'être d'un usage facile pour le malade. Il est accepté facilement par le patient, et on ne saurait trop le recommander comme un adjuvant utile dans le traitement de la maladie de Zaufal.

Quelques auteurs préfèrent les insufflations. On se sert dans ce cas d'un insufflateur dont l'embout est rectiligne, ou présente une courbure suivant que l'on veut faire pénétrer la poudre par l'orifice antérieur des fosses nasales, ou par l'un des choanes. On a employé successivement la poudre d'acide borique, l'acide borique additionné d'un peu de résorcine finement pulvérisée (1 gramme de résorcine pour 50 grammes d'acide borique), d'un mélange à parties égales d'acide borique et d'iodoforme. On a utilisé de même l'alun, le tannin, le bismuth, l'iodol, le salol.

Tous ces moyens de traitement ne devront pas être négligés ; ils peuvent rendre quelques services, mais je suis

persuadé que l'ozène ne guérit définitivement qu'à la condition de lui opposer un traitement énergique qui ne devra lasser, ni la persévérance du médecin, ni la patience du malade.

CHAPITRE III

Depuis quelques années on se sert pour le traitement de la rhinite atrophique de la galvano-caustique chimique. Cette méthode de traitement a été instituée par M. le Dr Garrigou-Désarènes et M. J. Mercié qui l'ont fait connaître dans une Communication adressée à l'Académie de Médecine en mars 1884. Les applications qu'ils ont faites de ce procédé thérapeutique leur ont donné les meilleurs résultats, et la pratique journalière de cette méthode a justifié leurs premières espérances.

L'électrolyse est l'action produite par tout courant faradique à travers un corps décomposable. Ce corps est décomposé en ses éléments : les acides se rendent au pôle positif, les bases au pôle négatif et ces acides ou ces bases exercent leur action sur les parties avec lesquelles ils se trouvent en contact. « Au pôle positif on obtient une es-
« chare dure et rétractile comme celles que déterminent
« en général les acides ; au pôle négatif, l'eschare due
« à la présence des alcalis est molle et non rétractile (Wundt). »

En dehors de cette action caustique, l'électrolyse a une action qui, si elle n'est pas aussi appréciable à la vue que la cautérisation, n'en est pas moins réelle. Je veux parler de l'action trophique. Cette action trophique que la plupart des observateurs ont constatée a pour propriété

de provoquer une résolution particulière, qui aura pour but de corriger les vices de nutrition par défaut ou par excès. C'est pour ainsi dire une action régularisatrice, c'est un agent modificateur d'une grande puissance que l'on pourra faire varier suivant l'action particulière de chaque pôle et l'intensité du courant, de manière à rétablir l'état physiologique des tissus, et dans le cas qui nous occupe à donner à la muqueuse atrophiée son volume normal. Quelle que soit la théorie adoptée pour expliquer cette action, qu'elle soit due à des effets particuliers sur le système circulatoire, ou aux modifications survenues dans les conditions de nutrition des tissus, plongés, comme le dit le Dr A. Tripier, « dans une atmosphère « formée d'acides et d'alcalis à l'état naissant, » il n'en est pas moins vrai que cette action existe et que c'est sur elle que l'on doit fonder ses espérances, puisqu'elle a déjà donné lieu à de nombreux succès.

Comme on le sait, lorsque l'on décompose une substance au moyen de l'électricité faradique, les acides se portent au pôle positif, les bases au pôle négatif.

Les eschares formées au pôle positif sont blanchâtres ; plus ou moins nacrées selon l'intensité et la durée du courant, et ces eschares sont rétractiles. C'est cette propriété de l'électrode positive que l'on pourrait utiliser dans les cas d'hypertrophie de la muqueuse.

Les eschares formées au pôle négatif sont molles, non rétractiles ; de plus on reconnaît au pôle négatif une grande puissance stimulante. Aussi est-ce lui que l'on devra choisir pour l'opposer à l'atrophie de la muqueuse dans la maladie de Zaufal. Il provoquera dans les tissus

qui composent la membrane de Schneider une excitation particulière, une circulation plus active qui réveillera leur nutrition languissante.

Au moment de procéder à l'opération, on s'assurera que tout est bien disposé pour qu'elle marche à souhait : que le galvanomètre indique le passage du courant, qu'il n'y a pas d'interruption, que l'on peut graduer progressivement la dose sans choc ni secousse. Après avoir recommandé au malade l'immobilité la plus absolue, on se met en devoir de placer les électrodes. On commence généralement par fixer l'électrode positive, formée d'une plaque, recouverte de peau mouillée ou de terre glaise que l'on applique à la nuque, à l'avant-bras, à la partie inférieure de la cuisse suivant l'intensité que l'on veut donner au courant, puisque la résistance augmente suivant que les deux pôles sont plus ou moins éloignés. On place ensuite l'électrode négative dans les fosses nasales. Elle est formée d'une plaque en forme de lamelle, ou bien d'une olive métallique, ou de terre glaise que l'on approprie à la forme de la cavité nasale. Il faudra en outre avoir soin d'isoler de la peau la tige qui porte cette électrode au moyen d'un petit tube en caoutchouc.

Les électrodes placées, on fait passer le courant électrique. On procède d'abord lentement, progressivement jusqu'à ce que l'on atteigne 10 ou 12 milliampères, nombre que l'on peut dépasser lorsque le malade a déjà été soumis à plusieurs séances pour ne s'arrêter qu'à la limite de tolérance du sujet.

La séance doit durer de dix à quinze minutes suivant l'impressionnabilité du patient, mais l'on n'a qu'à gagner

en faisant durer l'opération quinze minutes, sans toutefois dépasser ce chiffre parce que lorsqu'on continue l'application pendant vingt minutes ou une demi-heure, on a à redouter des eschares profondes et des accidents sérieux.

L'opération terminée, on interrompt le courant lentement et graduellement, comme lorsqu'on l'a établi, puis on débarrasse le malade des électrodes.

Les suites de l'opération sont ordinairement bénignes. Le malade peut aussitôt après la séance, sans s'astreindre à diverses précautions plus ou moins ennuyeuses, vaquer à ses occupations sans qu'il en résulte pour lui aucun inconvénient.

Quant au nombre des opérations, il est difficile de donner des règles absolues. Il faut tenir compte de l'ancienneté et de la ténacité de la maladie ; la seule règle que l'on puisse donner est de ne jamais se lasser, et de ne jamais abandonner le malade après quelques tentatives non suivies d'un succès immédiat. Il faudra répéter l'opération vingt et même trente fois en laissant au malade, après sept ou huit séances, quelques semaines de repos avant de continuer le traitement ; mais comme ce traitement n'est ni dangereux pour le malade, ni difficile à pratiquer pour le médecin, c'est une méthode à laquelle on devra avoir recours si l'on considère les heureux résultats qu'elle a déjà produits.

OBSERVATION I

(Empruntée à l'excellent mémoire de M. Désarènes).

M. L..., 13 ans (avril 1887).

Il y a un an, les parents s'aperçurent que l'enfant exhalait une odeur fétide par le nez. A ce moment l'observation montra qu'en se mouchant il expulsait des croûtes très dures accumulées en gros pelotons pareils à une demi noix environ, d'une coloration verdâtre, et qui devenaient très rapidement sèches.

On amène l'enfant à la clinique : aspect scrofuleux ; les lèvres sont gonflées, le nez est gros et boursoufflé, mais ne présente pas l'aspect attribué au nez des gens frappés de punaisie. Les parents disent qu'ils jouissent d'une bonne santé, mais que l'enfant quoique n'ayant pas fait de maladie grave, ne s'est jamais bien porté. Il s'enrhume souvent et très facilement ; il est sujet à de fréquents saignements de nez qui le prennent aux moindres prétextes, après s'être mouché un peu violemment, après s'être simplement baissé. Il est pris aussi quelquefois de syncopes. Il n'a jamais eu de maux de tête. La perception des odeurs a disparu au moment où il se présente à nous. Examen nasal : atrophie des cornets, augmentation du diamètre transversal des cavités nasales ; l'atrophie porte surtout sur les cornets inférieurs, les cornets moyens sont gonflés et revêtus d'une teinte nacréée, brillante, due à la présence d'une couche mince de mucus.

J'ai remarqué que cet aspect des cornets moyens se présentait souvent chez des gens affectés de rhinite atrophique et d'ozène. A la partie profonde des fosses nasales, accumulation de mucosités verdâtres ; le reste de la muqueuse est en partie recouvert de petites croûtes dures, difficiles à détacher.

Électricité : dix minutes chaque séance, 10 et 20 milliampères. Les séances sont assez espacées, le petit malade demeurant en province et ne pouvant pas revenir facilement à la clinique. L'ozène a disparu après les trois premières applications ; quand l'enfant restait trop longtemps sans s'y soumettre, l'odeur reparaisait.

Lavages, avec le siphon nasal, au moyen du lait et du chlorate de potasse. Parfois dans l'intervalle on faisait des pulvérisations avec l'eau oxygénée de Baldy.

En novembre 1887 l'enfant est revenu se montrer à nous. Il n'a plus de saignements de nez, plus de mauvaise odeur du nez. L'odorat, qui avait été pendant un certain laps de temps complètement perdu, revient d'une façon intermittente. Ce sont surtout les odeurs fortes qui sont perçues, celles du vinaigre de Bully, de l'eau de Cologne, celles de quelques fleurs.

Il mouche beaucoup moins, il n'a plus dans le nez de croûtes accumulées dont l'expulsion était très difficile. L'état général est bon ; jamais l'électricité n'a occasionné de troubles ni de maux de tête. Il y a eu douze séances. En somme la guérison est obtenue et nous ne la déclarerons complète que si dans un an aucun des accidents n'a reparu.

OBSERVATION II

(Empruntée à M. Désarènes).

Mlle B. M..., de province, 17 ans, se présente à notre cabinet le 15 octobre 1886.

Elle a eu une rougeole à l'âge de six ans, maintenant elle jouit d'un bon tempérament, elle est grande et forte, mais elle a des rhumes de cerveau très fréquents, presque continuellement, au dire des parents.

Elle se plaint de moucher avec une grande abondance des croûtes verdâtres venant des deux côtés, mais principalement du côté droit ; et en même temps il existe une odeur fétide et repoussante du nez. Cet état s'accompagne de maux de tête violents, de vertiges qui se produisent de temps en temps, d'envies fréquentes de vomir, qui semblent provoquées par les mucosités qui tombaient sans cesse dans le pharynx.

A l'examen de la malade on trouve le nez un peu aplati vers la base et légèrement relevé à l'extrémité. La muqueuse nasale est d'une coloration rouge sombre, sans ulcérations ; les cornets inférieurs sont presque complètement effacés, les cornets moyens sont peu développés, mais offrent une teinte blanc rosé, un aspect brillant et comme vernissé. On voit en même temps dans les fosses nasales des amas de mucosités de couleur verdâtre. L'odeur du nez est très forte.

Le traitement galvano-caustique chimique est appliqué aussitôt. Nous fîmes cinq séances de dix minutes chacune

en employant des courants d'une intensité de 12 à 15 milliampères.

Concurremment on prescrit des lavages avec une solution tiède de borate de soude.

Dès la seconde séance, les maux de tête continuels auparavant prirent fin.

La malade constata la cessation des vertiges après la quatrième séance.

Nous ordonnâmes alors de faire les lavages du nez au moyen du siphon nasal, avec un verre de lait tiède, en employant alternativement un jour deux cuillerées à café de chlorate de potasse, un autre jour deux cuillerées de borate de soude.

Au mois de mai 1887, cette jeune fille nous est ramenée. Son état est des plus satisfaisant, l'odeur n'a pas reparu, il n'y a plus de rhumes de cerveau. Seulement de temps à autre la malade mouche encore quelques pelotons de croûtes dures. Nous faisons de nouveau quatre séances d'électrolyse.

Nous avons revu M^{lle} B. M..., le 31 août 1887. Tous les symptômes morbides ont disparu. La guérison s'est bien maintenue et l'état est excellent.

Nous conseillons par prudence de faire deux à trois lavages par semaine avec :

Eau de Saint-Honoré tiède 1 verre

Borate de soude. 1 cuillerée à café.

et de passer de temps en temps dans les fosses nasales un peu de vaseline avec un petit pinceau.

OBSERVATION III

Recueillie à la clinique du Dr Miot.

M^{lle} F..., 12 ans, rue de Rome, se présente à la clinique le 20 septembre 1887.

Depuis sa jeunesse elle éprouve une certaine gêne à respirer par le nez, gêne qui a augmenté depuis trois ans. Elle mouche beaucoup, des croûtes dures, allongées, très difficiles à expulser. La malade ronfle la nuit ; se plaint de céphalalgies fréquentes. Les personnes qui l'accompagnent s'aperçoivent depuis quelques temps qu'elle a de l'odeur du nez.

Ce qui frappe d'abord lorsqu'on pratique l'examen des fosses nasales avec le spéculum, c'est la largeur excessive de ces cavités. Elles sont tapissées de croûtes verdâtres, dures, qui cachent en partie la muqueuse. Après avoir détaché ces croûtes on constate que la muqueuse est considérablement atrophiée et que les cornets ont en partie disparu. Le cornet inférieur ne se présente plus que sous la forme d'une mince bandelette.

La jeune fille n'a jamais été malade ; elle n'a pas non plus d'antécédents héréditaires.

Le traitement consiste en lavages alcalins, nous lui prescrivons également des cotons iodés.

28 octobre. — On constate chez la malade l'existence d'une pharyngite sèche due probablement au passage trop rapide de l'air inspiré dans les fosses nasales notablement élargies. Croûtes sur la cloison, le cornet moyen et infé-

rieur droits. Croûte verdâtre à gauche entre le cornet moyen et inférieur. Nous faisons continuer les cotons io lés pendant quinze jours.

11 novembre. — Même état.

18 novembre. — L'ozène persiste toujours. L'odeur cependant est moins forte. Cotons iodés au 1/12.

2 décembre. — La malade a eu des crampes d'estomac. Elle a éprouvé des impatiences qui sont peut-être dues à l'approche de la formation.

9 décembre. — La fosse nasale gauche est aux trois quarts guérie.

9 mars. — La malade étant restée quelque temps sans venir à la clinique, et ayant négligé le traitement, l'amélioration n'a pas continué à se faire sentir. Nous lui proposons immédiatement une séance de galvano-caustique chimique qu'elle accepte. Cette séance a été faite à deux reprises, la première à gauche, la seconde à droite au moyen d'une électrode en forme de lamelle. Celle-ci est d'abord appliquée sur le cornet gauche. L'introduction est assez douloureuse ; enfin l'enfant étant calmée on commence.

Midi 33. — 4 éléments, 7 milliampères. La plaque correspond au pôle négatif ; le pôle positif est placé sur le côté gauche du cou. On note simplement une douleur localisée et un goût salé dans la bouche.

Midi 34. — 5 éléments, 10 milliampères. La douleur est plus vive. L'enfant souffre des dents ; pas de phénomènes lumineux. On demeure 5 minutes, ce qui donne un total de 6 minutes et on redescend lentement au zéro. On a noté quatre éternuements pendant la séance. On

avait eu soin de placer sur le plancher de la fosse nasale une lamelle de coton pour protéger la muqueuse.

On place alors l'électrode négative sur le cornet inférieur du côté droit.

Midi 42. — 4 éléments, 7 milliampères.

Midi 43. — 5 éléments, 10 milliampères. Au bout de quelques secondes ont atteint 12 milliampères. Ici se reproduisent les éternuements qui ont marqué la première partie de la séance. On note également les mêmes symptômes de douleur.

Midi 45. — 6 éléments, 15 milliampères.

On s'arrête à midi 48, ce qui donne à la seconde partie de la séance une durée de 6 minutes. La douleur est calmée aussitôt la séance terminée.

16 mars. — Deuxième séance. Elle dure 5 minutes; l'intensité du courant est réglée à 15 milliampères. Les symptômes sont les mêmes qu'à la première séance; douleur, éternuements. La plaque est isolée du plancher des fosses nasales et de la cloison au moyen de lamelles de coton.

20 mars. — Troisième séance. Brides assez larges de muco-pus reliant le cornet à la cloison à droite, mais ce muco-pus n'est pas semblable au liquide sanguinolent existant auparavant. A gauche, pas de mucosités; la narine est libre. La malade n'a plus mouché de croûtes depuis la dernière séance. Le cornet inférieur droit est réduit à l'état de bord; à gauche il a la moitié de sa hauteur ordinaire. Plaque de glaise sur le cou à droite, plaque métallique négative dans la fosse nasale droite.

1 heure. — 6 éléments, 9 milliampères.

1 heure 3. — 8 éléments, 14 milliampères.

Pendant la séance, qui a duré 6 minutes, on constate du larmolement, la malade accuse une saveur métallique et une douleur locale. L'action a porté sur le cornet inférieur et un peu sur le cornet moyen.

3 avril. — Quatrième séance.

A droite 5 minutes, 14 milliampères.

A gauche 2 minutes, 15 milliampères.

10 avril. — La malade va beaucoup mieux, mouche moins ; pas de croûtes, pas de sécrétions. La fosse nasale droite, où le cornet est très atrophié, va très bien. Séance de 5 minutes $1/2$ entre 14 et 17 milliampères. Un peu de picotements au niveau de la plaque de gélatine positive appliquée sur le côté gauche du cou.

17 avril. — Nouvelle séance avec une intensité de 18 milliampères, d'une durée de 5 minutes $1/2$. La malade continue à aller très bien à gauche. La galvano-caustique est appliquée seulement à droite.

27 avril. — Un peu de liquide séro-purulent au niveau du méat inférieur. L'amélioration continue. Les cornets paraissent augmenter de volume.

7 mai. — Septième séance, 18 milliampères.

11 mai. — Huitième séance. On prend comme électrode négative une lamelle concave de manière à embrasser le cornet inférieur. Plaque de gélatine sur la joue. 14 milliampères, 5 minutes de chaque côté. Douleur très vive, moins supportable que lorsqu'on se servait de plaques droites.

22 juin. — La malade va très bien. Plus d'ozène, plus de croûtes, l'odorat revient d'une façon intermittente.

Mlle F... est revenue il y a quelques jours se montrer à nous. La guérison se maintient, l'état général est bon, aucun accident n'a reparu.

CHAPITRE IV

Gottstein en Allemagne a proposé un autre procédé. Les fosses nasales étant complètement débarrassées des croûtes qui les encombre, il introduit dans chaque cavité un tampon d'ouate de la grosseur du pouce et de 3 à 5 centimètres de longueur, en s'arrangeant de façon qu'il ne soit pas visible. Ce tampon est enfoncé directement d'avant en arrière, parallèlement à la direction du cornet inférieur; il doit rester en place vingt-quatre heures. Qu'il agisse en rétrécissant les fosses nasales et en donnant plus de force au courant d'air expiré, qu'il agisse en irritant la muqueuse, le tampon d'ouate a donné entre les mains du spécialiste allemand des résultats très appréciables.

Schalle (de Hambourg) emploie de petites boulettes de laine dégraissée de brebis qui adhèrent bientôt à la muqueuse, laissent filtrer l'air, arrêtent les poussières et échauffent l'air inspiré.

Fränkel remplace le tampon par un cylindre de caoutchouc, mais cette modification n'a réellement pas d'avantages sur le tampon bien mis.

Malacrida prescrit des cotons imbibés d'essence de térébenthine.

M. le Dr Miot a indiqué un traitement par les cotons iodés: c'est sur ce dernier moyen thérapeutique que je voudrais appeler l'attention. De nombreux cas de guéri-

sont ont été obtenus sur des malades attentivement observés, dont le traitement a été suivi pendant plusieurs mois et dont les observations ont été consignées avec soin ; ce sont quelques-unes de ces observations que je présenterai à la fin de ce chapitre.

Le liquide employé est un mélange de glycérine et de teinture d'iode dans différentes proportions. Suivant la susceptibilité du malade, le degré de la maladie, l'ancienneté de l'affection, on prescrit des solutions plus ou moins fortes : ce sont celles au quinzième, au douzième, au dixième qui sont le plus généralement employées. Après avoir préalablement débarrassé les cavités nasales des mucosités desséchées et concrètes qui s'y sont amassées, on se met en devoir de préparer le cône de coton. Pour cela, on enroule autour d'un porte-coton nasal ou simplement d'une aiguille à tricoter une couche de coton aseptique de manière à former un cône de trois à cinq centimètres de longueur, et dont la grosseur doit être proportionnée à la dimension des fosses nasales. Après s'être assuré qu'il glisse bien sur la tige qui le supporte, on l'enduit de glycérine iodée en s'appliquant à ce qu'il n'y ait pas un excès de liquide, et on l'introduit dans l'une des fosses nasales, horizontalement, dans une direction parallèle au cornet inférieur. Ce tampon doit être gardé de vingt minutes à une demi-heure ; le pansement doit être appliqué deux fois, et dans les cas rebelles trois fois dans la journée.

Ce traitement, comme on le voit, est aussi simple que possible ; il a l'avantage de pouvoir être appliqué par les malades eux-mêmes qui l'acceptent en général facilement ;

il ne réclame pas une instrumentation spéciale ; il ne détermine aucune douleur si ce n'est une légère cuisson, très supportable au moment de son application, et il donne des résultats heureux en délivrant d'une pénible infirmité une quantité de malades qui lui doivent leur guérison.

On ne saurait fixer d'une manière précise le temps pendant lequel le traitement doit être continué. Assurément ce n'est pas un traitement comme le salicylate de soude qui arrête une attaque de rhumatisme en vingt-quatre heures, ou comme le sulfate de quinine qui coupe un accès de fièvre intermittente ; le traitement de l'ozène par les cotons iodés doit être continué pendant de longs mois et quelquefois dépasser une année : ce n'est qu'à ce prix que l'on obtient les succès qu'il a déjà donnés et qui seront de jour en jour plus nombreux à mesure que les praticiens en feront un usage plus fréquent.

Comment agissent ces cônes de coton iodé ? Ils ont d'abord la même action que les tampons de Gottstein et que j'appellerai mécanique. Ils rétrécissent la fosse nasale ; en augmentant la fosse d'un courant d'air expiré, ils favorisent le balayage de la cavité naso-pharyngienne qui se trouve ainsi débarrassée des sécrétions fétides qui s'y sont accumulées et qui sont la cause directe de la pu-naisie. De plus ils irritent la muqueuse, et en activant sa circulation donnent une impulsion salutaire à leur nutrition.

Par l'iode qu'ils contiennent, les cotons iodés ont aussi une action sécrétoire. Si l'on a présent à la mémoire, l'analogie frappante qui existe au point de vue anatomique et physiologique entre les muqueuses nasale et bronchi-

que, on ne sera pas étonné que l'iode agisse sur les deux muqueuses d'une façon identique. Toutes deux sont formées d'un derme de fibres conjonctives et élastiques recouvert d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles; toutes deux possèdent des glandes en grappe d'une ressemblance parfaite; la cavité nasale et la cavité bronchique servent toutes deux au passage de l'air qu'elles conduisent jusqu'aux vésicules pulmonaires, de sorte que la cavité nasale n'est qu'un prolongement de l'arbre bronchique.

Il n'est donc pas surprenant que l'iode exerce sur la pituitaire comme sur la muqueuse bronchique son action sécrétoire qui a été si bien mise en évidence par M. le Professeur G. Sée qui s'exprime ainsi dans l'une de ses remarquables leçons de l'Hôtel-Dieu :

« L'action anti-dyspnéique sécrétoire de l'iode et de l'iodure est des plus constante. Cette action que personne ne conteste plus, repose sur l'hypersécrétion bronchique qui dégage les bronches encombrées par des sécrétions catarrhales adhérentes et compactes au point d'empêcher la pénétration de l'air dans les bronches et d'entraver les échanges gazeux entre l'air intra-pulmonaire et l'air ambiant. »

L'iode détermine de même une hypersécrétion de la membranes de Schneider et liquéfie les mucosités visqueuses qui adhèrent aux parois.

L'iode a enfin une action antiseptique puissante; il arrête et prévient la fermentation putride des liquides de l'organisme, même en contact de l'air. Jalan de la Croix a vu des germes stérilisés par une dose de 1/400 et les

bactéries du bouillon être tués par la dose de 1/2000. Des expériences de Davaine, il résulte que la solution iodée à 1/120,000 et même à 1/150,000 détermine la neutralisation du virus charbonneux.

En présence de la découverte du coccus de Loevenberg, dans les mucosités de l'ozène, l'iode était tout indiqué pour s'opposer au développement et à la multiplication du micro-organisme et c'est sans doute à cette propriété antiseptique que l'on doit une bonne partie des succès obtenus jusqu'ici.

Je pourrais en terminant rapporter un grand nombre d'observations ; mais cela pourrait paraître fastidieux, puisque l'on y rencontre le plus souvent des symptômes et des lésions identiques, des modes de terminaison presque constamment semblables. Je me bornerai donc à en exposer quelques-unes qui démontreront, je l'espère, l'utilité du traitement de l'ozène par les cotons iodés.

OBSERVATION IV

Recueillie ainsi que les suivantes à la clinique de
M. le Dr Miot.

Mlle C..., 17 ans, rue de Rambuteau, se présente à la clinique le 12 août 1887, parce que, dit-elle, elle mouche beaucoup. Elle se plaint d'une sensation de sécheresse dans la gorge, et accuse du râclage et de l'enchifrènement. Le matin, la bouche est mauvaise ; l'ozène est assez prononcé ; anosmie légère.

Pas d'autres antécédents qu'une rougeole pendant l'enfance.

L'aspect extérieur de la malade rappelle le facies strumeux : les lèvres sont épaisses, les joues bouffies, les ganglions sous-maxillaires légèrement tuméfiés. Elle s'enrhume très facilement et très fréquemment, a eu quelques épistaxis, mais n'a jamais éprouvé de céphalalgies. Elle accuse en même temps des maux de cœur qui vont quelquefois jusqu'aux nausées et aux vomissements ; l'appétit a disparu.

A l'examen rhinoscopique on constate sur les cornets et sur la cloison des amas de croûtes verdâtres, très adhérentes qui sont très difficiles à détacher. Le cornet inférieur du côté droit est réduit à l'état de bord, la muqueuse est très atrophiée : elle est grisâtre et terne ; le cornet moyen ne semble pas touché. A droite on ne note rien de particulier si ce n'est une légère injection, de la muqueuse.

Nous faisons immédiatement une application de cotons iodés dans la fosse nasale gauche et après avoir appris à la malade à faire elle-même ses cotons, nous lui prescrivons une solution de glycérine iodée au quinzième afin qu'elle puisse s'introduire matin et soir dans la fosse nasale des cotons qu'elle devra garder une demi-heure chaque fois.

Nous lui ordonnons en même temps du sirop d'iodure de fer et lui conseillons l'usage d'une décoction de feuilles de noyer à ses repas.

Le traitement n'ayant jamais déterminé aucun malaise est continué sans interruption jusqu'au mois de janvier

1888. A cette époque la malade est complètement guérie, ne mouche plus de croûtes, n'a plus l'haleine fétide ; l'odorat qui était en partie disparu, est complètement rétabli.

OBSERVATION V

M. F..., 21 ans, garçon de laboratoire, rue Oberkampf, vient à la clinique le 8 octobre 1887 pour un écoulement de l'oreille gauche : il est atteint d'une otite moyenne purulente.

En outre depuis neuf ans il éprouve une gêne considérable à respirer ; il expulse souvent des croûtes dures et sèches : en même temps apparaît une odeur fétide et repoussante. Anosmie complète. Le malade est sujet à des maux de tête presque continuels ; il saigne très facilement par le nez et les épistaxis ont toujours une grande abondance. Le nez ne présente pas de déformation spéciale.

Les fosses nasales sont très élargies et forment une cavité très considérable.

Après les avoir débarrassés des croûtes verdâtres qui les encombrent on constate que les cornets inférieurs sont extrêmement atrophiés, qu'ils font à peine saillie dans la vaste cavité qu'on a sous les yeux. Muqueuse rouge sur les cornets, rosée sur la cloison.

Nous conseillons au malade pour son otite purulente des instillations tièdes avec une solution de sulfate d'alumine à 1/40. Pour sa rhinite atrophique, cotons iodés à 1/12.

14 octobre. — Le traitement par les cotons iodés est très bien supporté. Légère amélioration. Continuer le même traitement.

7 décembre. — L'ozène est en partie disparu ; il ne se reproduit qu'à de rares intervalles.

Le 19 mars 1888, le malade se représente à nous. On peut regarder sa guérison comme définitive ; nous lui conseillons cependant de revenir dans quelques mois. Il n'existe plus aucun symptôme de sa maladie, il n'a plus d'ozène, il ne mouche plus de croûtes ; l'odorat revient insensiblement.

OBSERVATION VI.

M. C..., 25 ans, galerie Vivienne vient nous consulter le 19 décembre 1887. Il se plaint de moucher beaucoup depuis cinq ans. Il expulse des croûtes verdâtres qui ne peuvent être détachées que par de fortes expirations ; il accuse aussi une sensation de sécheresse dans l'arrière-gorge, dort la bouche ouverte et ronfle la nuit. Céphalalgies de temps à autre. Pas d'antécédents héréditaires ; pas de traces de scrofule ; on ne note que des habitudes d'éthylisme, mais qui n'ont aucun rapport avec l'affection actuelle.

Au moment où nous l'examinons, les inspirations sont très gênées surtout du côté droit par suite de l'accumulation de sécrétions adhérentes qui obstruent presque complètement la fosse nasale. L'ozène est très marqué, l'anosmie complète.

L'examen rhinoscopique révèle une atrophie très caractérisée des cornets inférieurs des deux côtés, cependant le cornet inférieur droit semble plus petit que son congénère du côté opposé. La muqueuse est pâle, elle a une épaisseur très minime.

Nous conseillons à M. C... des lavages à l'eau alcaline faits au moyen d'un injecteur et nous lui appliquons des cotons iodés au douzième.

23 décembre. — Le malade va un peu mieux; l'ozène semble diminuer.

27 décembre. — L'amélioration continue. Même traitement.

12 mars. — Le malade va aussi bien que possible. L'odorat revient par intermittences. L'eau de Cologne est sentie et l'ammoniaque l'impressionne vivement.

7 mai. — Plus d'ozène depuis quelques temps. Mouche beaucoup moins. Les cornets semblent avoir un peu augmenté de volume.

11 juin. — Guérison complète.

OBSERVATION VII

M. G..., 18 ans, sculpteur, rue de Turenne s'aperçoit depuis 5 mois que ses fosses nasales sont presque constamment obstruées par des sécrétions verdâtres qui l'empêchent de respirer librement. Pendant les inspirations et les expirations, il est obligé d'ouvrir la bouche. Il accuse une sensation de pesanteur à la racine du nez. L'ozène est peu prononcé; jamais d'épistaxis ni d'anosmie;

en revanche il souffre de temps à autre de céphalalgie temporale.

Il a eu dans sa jeunesse des glandes cervicales.

Lorsqu'il se présente à nous le 16 janvier 1888, nous constatons que le méat antérieur des fosses nasales est rouge et tuméfié. Des croûtes encombrant toute la cavité. Les cornets inférieurs sont atrophiés ; la muqueuse est assez mince.

Comme traitement : décoction de feuilles de noyer aux repas, application de cotons iodés.

24 janvier. — Même état.

7 mars. — Même état.

14 mars. — Peu de changement, cependant l'ozène tend à disparaître. Le malade mouche toujours abondamment.

2 mai. — Va beaucoup mieux ; néanmoins le méat est toujours un peu rouge.

20 août. — Le malade ne ressent plus aucun des symptômes pour lesquels il était venu nous consulter. Plus d'ozène ; il respire librement.

OBSERVATION VIII

M. Lucien G..., 13 ans, rue Saint-Charles, nous est présenté le 24 janvier 1888 par sa mère. Cette dame nous raconte que depuis la naissance de l'enfant, celui-ci est très gêné pour respirer, qu'il tient presque constamment la bouche ouverte et qu'il ressent dans la gorge une sensation de sécheresse ; le sommeil est troublé par cette

difficulté de la respiration. L'enfant, dit-elle, expulse surtout le matin des croûtes verdâtres très abondantes et répand une odeur extrêmement fétide. Pas d'épistaxis, pas d'anosmie.

La dentition a été tardive, elle est peu régulière. Les amygdales sont volumineuses, la voûte palatine est très étroite en avant.

A gauche, la fosse nasale n'est pas élargie ; la muqueuse hypertrophiée est le siège d'une vive inflammation ; à droite, le cornet inférieur est diminué de volume ; le cornet moyen est également atrophié.

Traitement. — Décoction de feuilles de noyer, huile de foie de morue, cotons iodés.

31 janvier. — Même état ; même traitement.

8 février. — Pas d'amélioration.

24 février. — La sécrétion nasale est toujours abondante, elle est striée de sang. Cotons iodés tous les deux jours.

14 mai. — L'enfant va beaucoup mieux ; les sécrétions se tarissent ; le sommeil est plus calme, l'ozène tend à disparaître

3 août. — La guérison est obtenue, l'haleine ne présente aucune odeur. Nous conseillons cependant pendant quelque temps encore l'usage des cotons iodés et quelques lavages à l'eau sulfureuse.

OBSERVATION IX

Mlle A..., 24 ans, brocheuse, rue Daguerre, vient nous consulter le 25 janvier 1888, parceque depuis un an elle

a perdu l'odorat à la suite, dit-elle, d'un rhume de cerveau ; toutefois elle mouche abondamment depuis très longtemps. Elle ressent une sensation de pesanteur à la racine du nez et une douleur que l'on exaspère en pressant sur les ailes du nez. La respiration est difficile, mais seulement par intermittences. Céphalalgies frontales fréquentes ; épistaxis répétés.

Dans l'enfance la malade a eu des conjonctivites, des engelures ; elle a en outre été soignée pour anémie.

L'examen rhinoscopique révèle les lésions caractéristiques de la rhinite atrophique, avec muqueuse amincie et cornets inférieurs rudimentaires. Les fosses nasales sont remplies de mucosités visqueuses d'une fétidité repoussante.

Traitement : cotons iodés à 1/12, lavages à l'eau alcaline.

15 février. — La malade va mieux ; fer réduit à 0 gr. 10 centig. Cotons iodés, lavages à l'eau sulfureuse.

22 février. — L'odorat est toujours absent, la sécrétion nasale est moins abondante.

7 mars. — L'odorat revient par moments. Plus d'ozène.

11 avril. — L'amélioration continue.

4 juillet. — L'odorat quoique un peu moins sensible que normalement est rétabli ; il ne fait jamais défaut. La guérison peut être considérée comme complète.

OBSERVATION X

M. D..., 23 ans, garçon de magasin, se présente à la clinique le 6 février 1888. Depuis longtemps, il mouche

Martin

beaucoup, et principalement le matin il expulse après de grands efforts des croûtes desséchées. Pas d'anosmie, pas de sensation de pesanteur, pas de céphalalgie. L'ozène est très prononcé. M. D... n'a jamais fait aucune maladie; du reste il est fort et vigoureux.

A l'examen des fosses nasales, on constate une atrophie marquée de la muqueuse et des cornets; les lésions sont à peu près identiques des deux côtés.

Le traitement consiste en cotons iodés et en lavages à l'eau salée.

20 février. — Pas d'amélioration.

19 mars. — Le malade mouche moins. L'ozène semble diminuer.

4 juin. — L'amélioration continue. L'ozène ne reparait plus que par intervalles. Le malade suit toujours le même traitement.

10 septembre. — Plus d'ozène. Guérison complète.

OBSERVATION XI

Mlle C..., 13 ans, rue du Colysée, a joui d'une excellente santé depuis sa naissance jusqu'à 1882. Vers cette époque elle a commencé à avoir de la gêne de la respiration; elle expulsait péniblement le matin des croûtes qui s'étaient accumulées pendant la nuit. Elle répandait autour d'elle une odeur d'abord fade, mais qui est devenue de plus en plus fétide. Cette odeur ne se montre qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. La malade a toujours été robuste et malgré toutes nos questions et un

examen minutieux nous ne pouvons parvenir à découvrir l'existence d'une diathèse.

Les céphalalgies sont fréquentes : les épistaxis se renouvellent souvent, surtout depuis quelque temps. Elle éprouve des maux de cœur et des nausées ; le sommeil est troublé par des cauchemars. La respiration est assez facile ; on ne note ni sensation de pesanteur à la racine du nez, ni sécheresse de la gorge. L'odorat a disparu.

L'examen rhinoscopique pratiqué le 4 mai montre toute la muqueuse tapissée de mucosités d'un vert-jaunâtre, que l'on peut à peine détacher à l'aide du porte-coton, et l'on peut alors juger de la minceur extrême des cornets inférieurs qui sont réduits à l'état de simple bandelette s'étendant le long de la paroi latérale et externe des fosses nasales.

On indique comme traitement des lavages à l'eau alcaline et des cotons iodés.

24 mai. — Même état.

12 juin. — L'odorat est revenu en partie il y a deux jours, puis il a disparu de nouveau. L'état général est bon.

15 juin. — Continuer les cotons iodés et les lavages. L'ozène diminue.

13 juillet. — L'amélioration continue. Faire quelques lavages à l'eau sulfureuse.

24 juillet. — Continuer les cotons iodés tous les deux jours à gauche, tous les jours à droite. Les maux de tête dont se plaignait la malade ont disparu ; la respiration se fait très facilement par le nez.

3 septembre. — La malade se trouve tout-à-fait bien ;

la guérison est assurée. L'odeur n'existe plus depuis longtemps.

OBSERVATION XII

M. R..., 34 ans, tourneur, rue Saint-Denis, vient à la clinique le 6 juin 1888 pour une surdité assez accentuée accompagnée de douleurs extrêmement vives. Il raconte que depuis trois ans il souffre du nez. Les céphalalgies sont fréquentes, il mouche modérément. Pas d'anosmie, ozène marqué. Il a déjà été soigné en ville pour cette mauvaise odeur, et c'est à la suite d'injections dans le nez qu'il avait faites avec trop de violence que le liquide a pénétré dans les trompes et a déterminé du côté gauche une otite moyenne purulente aiguë.

Muqueuse et cornets notablement atrophiés. Les croûtes ne sont pas très abondantes.

Traitement. — Cotons iodés à 1/15 pour le nez. Instillations d'acide borique à 1/30 pour l'oreille.

Le malade ne revient pas très souvent à la clinique. Nous ne le voyons que six mois après, mais il a suivi fidèlement le traitement. L'ozène a disparu avec les céphalalgies, et on peut considérer sa guérison comme complète.

OBSERVATION XIII

Mlle M..., 4 ans, rue de Grenelle, est conduite par sa mère le 15 juin 1888 à la clinique du Dr Miot. L'enfant a

eu il y a un an la rougeole, et depuis cette époque elle s'enrhume fréquemment. La sécrétion nasale est très abondante; en même temps la mère a remarqué que l'enfant répandait autour d'elle une odeur désagréable. On ne note ni céphalalgies, ni troubles d'audition, ni agitation pendant le sommeil.

Le père et la mère se portent bien.

Aucune trace de scrofule; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas tuméfiés.

Le nez n'a pas de conformation particulière. La rhinoscopie montre les cornets un peu atrophiés, les fosses nasales sont larges. La muqueuse est grisâtre sur les cornets inférieurs, rouge sombre sur les cornets moyens. Des îlots de mucus desséché se voient çà et là; on ne trouve nulle part de traces d'ulcérations.

Traitement. — Coton iodé. Lavages à l'eau de la Bourboule.

25 juin. — Moins de sécrétion. Amélioration notable.

2 juillet. — L'amélioration continue.

Vers la fin de novembre, la guérison est obtenue.

OBSERVATION XIV

M. D..., 37 ans, tailleur, rue Vintimille, éprouve depuis plusieurs années une gêne de la respiration, gêne qui ne fait que s'accroître progressivement. Le malade respire la bouche ouverte. La gorge est sèche au réveil, il expulse à ce moment des croûtes assez dures. Le sommeil est troublé par des cauchemars; le malade se réveille plusieurs fois pendant la nuit.

Les sécrétions ne sont pas très abondantes, si ce n'est le matin. L'olfaction est notablement amoindrie. La muqueuse et les cornets sont atrophiés. Largeur excessive des fosses nasales. Ozène.

Traitement par les cotons iodés et les lavages à l'eau alcaline. Au bout d'un an de traitement le malade est guéri.

OBSERVATION XV

Mlle T..., 15 ans 1/2, cité Talma, rejette depuis un an environ des croûtes en se mouchant. Les sécrétions ne sont pas très abondantes. Elle se plaint de répandre autour d'elle une odeur insupportable qui devient extrêmement fétide surtout pendant l'été. Elle ne sent plus les odeurs. Céphalalgies fréquentes. La jeune fille est pâle, anémique.

A l'examen on ne note rien du côté du pharynx dont la muqueuse est rosée comme elle l'est normalement. La rhinoscopie pratiquée le 18 juillet 1888 révèle les lésions de la rhinite atrophique.

A l'auscultation on entend un bruit de souffle systolique dans les vaisseaux du cou.

Traitement : Cotons iodés deux fois par jour : sirop de chlorhydro-phosphate de chaux. Pilules d'iodure de fer.

1^{er} août. — Pas d'amélioration. Faire des lavages à l'eau salée.

21 septembre. — Même état. — A eu la diarrhée il y a une quinzaine de jours très abondante qui a occasionné une grande fatigue.

5 octobre. — La malade va mieux. L'ozène disparaît par intervalles. Les céphalalgies ont diminué de fréquence.

15 octobre. — L'amélioration continue.

24 décembre. — Presque plus d'ozène. Même traitement.

11 février 1889. — L'ozène a disparu. L'odorat sans être parfait est revenu en partie. La malade n'a plus de maux de tête.

OBSERVATION XVI

Mme A..., a depuis dix ans des coryzas fréquents, elle mouche beaucoup ou peu suivant les jours. Elle accuse quelques maux de tête, une sensation de gêne à la racine du nez et de sécheresse dans la gorge. Elle respire la bouche ouverte, surtout la nuit ; son sommeil est entrecoupé par des rêves.

Elle nous dit avoir eu une fièvre typhoïde en 1883 et être sujette à des érysipèles qui reviennent presque chaque mois.

Elle se présente à la clinique le 26 juillet 1888. Nous constatons à son approche une odeur de l'haleine très fétide ; l'examen rhinoscopique nous montre une atrophie considérable des cornets inférieurs et même un peu des cornets moyens. Les fosses nasales sont tapissées de mucosités adhérentes.

Cotons iodés. Lavages à l'eau salée.

28 septembre. — Conjonctivité phlycténulaire. Collyre

à l'iodure de potassium. La malade mouche moins. L'ozène disparaît par intervalles.

Nous revoyons la malade le 4 mars dernier. Elle est presque complètement débarrassée de son affection.

OBSERVATION XVII

Mlle L..., 16 ans, papetière, Vincennes, souffre du nez depuis trois ans. Les sécrétions ne sont pas abondantes; elle ne mouche pas plus qu'à l'état normal; elle n'a pas constaté l'existence de croûtes dans le nez. La malade se plaint de maux de tête et de maux de cœur. Epistaxis il y a trois ans. L'ozène est assez prononcé. Mlle L..., n'a jamais été malade; on ne découvre chez elle aucune trace de strume.

L'examen rhinoscopique pratiqué le 14 septembre 1888 montre des cornets inférieurs très petits, dont la muqueuse est rouge. La muqueuse de la paroi basilaire est sèche et hyperhémée.

Traitement : Cotons iodés. Lavages à l'eau salée.

Le 18 mars 1889, Mlle L..., est en bonne voie de guérison. On note encore un peu d'ozène, mais les céphalalgies ne se sont pas reproduites.

CHAPITRE V

La rhinite atrophique est une inflammation chronique de la muqueuse pituitaire ; cette affection peut survenir chez des gens qui ne sont entachés d'aucune diathèse. Le traitement local dans ce cas est tout puissant ; c'est à lui seul que l'on doit s'adresser, parce que lui seul est capable de débarrasser le patient de son infirmité. Prescrire dans ce cas un traitement général serait en pure perte, puisqu'ils jouissent d'une parfaite santé, qu'ils sont forts et vigoureux.

Mais il y a des cas où l'on doit ordonner un traitement général, traitement qui ne s'adresse pas directement à l'ozène, mais au terrain sur lequel il évolue. Si l'on soupçonne, en effet, chez le malade l'existence de scrofule, de syphilis héréditaire, si l'on constate des symptômes d'anémie, on devra lui indiquer un traitement destiné à lutter contre ces maladies. L'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, les préparations ferrugineuses trouveront tour à tour leur application. Mais en discuter les indications serait une question en dehors de mon sujet, et je ne pourrais le faire sans sortir du cadre que je me suis tracé.

CONCLUSIONS

I. — L'ozène vrai ou maladie de Zaufal est une affection spéciale des fosses nasales, affection qui n'est pas incurable comme beaucoup d'auteurs l'ont prétendu. On en obtient la guérison à condition de s'adresser à un traitement énergique qu'il faudra continuer avec persévérance souvent pendant plusieurs mois.

II. — Les anciens moyens de traitement par les injections, lavages, insufflations de poudres ont assurément leur importance; mais on ne doit les considérer que comme des adjuvants capables de venir en aide à un traitement plus puissant.

III. — Deux procédés restent en présence : la galvano-caustique chimique, les cotons iodés. Chacun de ces traitements a donné lieu à des guérisons constatées; mais l'un réclame une instrumentation spéciale et ne peut être manié que par le médecin, l'autre est des plus simples et peut être confié aux mains du malade.

Vu par le Président de la thèse,

PROUST

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

